

Salud y Autonomía: el caso Chiapas.

A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network

J.H. Cuevas

March 2007

Background to the Health Systems Knowledge Network

The Health Systems Knowledge Network was appointed by the WHO Commission on the Social Determinants of Health from September 2005 to March 2007. It was made up of 14 policy-makers, academics and members of civil society from all around the world, each with his or her own area of expertise. The network engaged with other components of the Commission (see http://www.who.int/social_determinants/map/en) and also commissioned a number of systematic reviews and case studies (see www.wits.ac.za/chp/).

The Centre for Health Policy led the consortium appointed as the organisational hub of the network. The other consortium partners were EQUINET, a Southern and Eastern African network devoted to promoting health equity (www.equinet africa.org), and the Health Policy Unit of the London School of Hygiene in the United Kingdom (www.lshtm.ac.uk/hpu). The Commission itself is a global strategic mechanism to improve equity in health and health care through action on the social determinants of health at global, regional and country level.

Acknowledgments

This paper was reviewed by at least one reviewer from within the Health Systems Knowledge Network and one external reviewer. Thanks are due to these reviewers for their advice on additional sources of information, different analytical perspectives and assistance in clarifying key messages.

This work was carried out with the aid of a grant from the International Development Research Centre, Ottawa, Canada, and undertaken as work for the Health Systems Knowledge Network established as part of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. The views presented in this paper are those of the authors and do not necessarily represent the decisions, policy or views of IRDC, WHO, Commissioners, the Health Systems Knowledge Network or the reviewers.

Salud y Autonomía: el caso Chiapas.

Marco general.-

- Sistema de Salud en México.
- Los pueblos indígenas de México.
- Chiapas, generalidades.
- Estructura de los servicios de Salud en Chiapas.

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

- Antecedentes.
- Propuesta de Autonomía del EZLN.
- Política de salud.
- Estructura del SSAZ.
- Interacción con el Sistema Nacional de Salud.
- Indicadores de resultados.

Marco General

Sistema de Salud en México.

Durante las décadas de los 40's y 50's, en el marco del periodo posterior a la revolución mexicana de 1910, se crean la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, como respuesta a la demanda social de atender a los miles de campesinos que protagonizaron la lucha revolucionaria en contra de caciques y terratenientes, quienes prácticamente tenían posesión de todo el territorio.

Sin embargo, es hasta 1984 cuando se constituye el Sistema de Salud Mexicano, con base en el derecho a la salud, donde el Estado se asume como responsable de otorgarla y vigilarla, con fundamento en la Constitución de 1917, artículo 4º.

Se estructura de forma vertical, considerando tres niveles de atención: el primer nivel cuenta con un médico general, enfermería y técnico en salud; el segundo considera a hospitales con al menos las 4 especialidades básicas y el tercer nivel incluye hospitales e institutos de alta especialidad. Para la atención se hace una diferenciación entre el sector laboral y población abierta, así, para el primero se crean: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), entre otros; en ellos los trabajadores cotizan directamente para su afiliación. El resto de la población, campesina e indígena en su mayoría, dependen directamente de la red de servicios de la Secretaría de Salud (SSA). Con el paso de los años un sector de la población, con capacidad económica, resuelve su necesidad de atención con la práctica médica privada.

Los pueblos indígenas de México.

Constituyen más de la décima parte de la población mexicana con poco más de 12 millones de personas, se ubican (y son poseedores) de una quinta parte del

territorio nacional y son quienes más contribuyen con su patrimonio a la riqueza de la nación¹, como ejemplos tenemos que 5 de las principales presas hidroeléctricas del país se ubican y abastecen de agua de los territorios indígenas. Por otro lado el 67% de su población se dedica a las actividades agrícolas, mientras que el resto de la población –no indígena- aporta menos del 22% a dichas actividades.²

Chiapas.

Cuenta con una población de 3,920,892 habitantes³, ocupa actualmente uno de los últimos lugares en cuanto a la estructura sanitaria. Posee gran riqueza petrolera, se extrae el 21% del petróleo nacional (México es el quinto productor de petróleo a nivel mundial), al mismo tiempo, en Chiapas se genera el 55% de la energía eléctrica nacional y la que se exporta a Centroamérica, produce, el 47% del gas nacional, es productor de recursos forestales y agrícolas. Sin embargo, es el estado que presenta los índices de pobreza y marginación más elevados, sobre todo en los municipios de mayor población indígena. Aproximadamente el 30% de la población total, son indígenas de las etnias: Tojolabales, Mames, Tzotziles, Tzeltales, Lacandones, Zoques y Choles, todos descendientes de los mayas, con lengua, cultura y religión propia, esta población indígena, se concentra principalmente en dos regiones: Altos y Selva.

Estructura de los servicios de Salud en Chiapas.

La infraestructura para la salud está integrada por 1,147 unidades médicas de primer nivel y 38 hospitales de segundo nivel. En total suman 1,443 consultorios (lo que significa uno por cada 2,716 habitantes) y 2,229 camas censables (equivale a una cama por cada 1,759 habitantes, lejos del indicador mundial). En este caso, al igual que en la distribución de los médicos, se presenta una concentración de un 45% aprox., de unidades en regiones como el centro y la costa⁴. Recientemente, en el 2006, se construyó el primer hospital de tercer nivel.

Un indicador importante, considerando la distribución dispersa de la población, es la relación de comunidades por municipio y las unidades médicas de primer nivel, donde por ejemplo, el municipio de Palenque tiene 679 localidades menores de 5,000 hab. y cuenta con 26⁵ unidades médicas; Ocosingo,⁶ con 883 localidades menores de 5,000 habitantes cuenta con 36 unidades médicas, esto significa en promedio 25 localidades por unidad médica, donde las condiciones de acceso y capacidad de desplazamiento de la población determinan la cobertura real, quedando de esta forma muchas localidades prácticamente desprotegidas.

1 CDI Comisión Nacional para el desarrollo de los Pueblos Indígenas. cdi.gob.mx

2 Ídem

3 Censo poblacional Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Chiapas 2000, www.inegi.gob.mx

4 Agenda estadística Chiapas 2005, salud, datos al 31 diciembre 2004, www.finanzaschiapas.gob.mx

5 Datos del Instituto de Salud de Chiapas, jurisdicciones sanitarias, 2000.

6 Ocosingo es uno de los municipios más grandes del país y junto con Palenque son los más importantes en las regiones Norte y Selva del estado de Chiapas.

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista

Antecedentes.

La atención a la salud ha estado presente desde los antiguos pueblos Mayas. Alrededor del año 300 d.c alcanzan un importante desarrollo, expresado en la construcción de centros ceremoniales, elaboración de la escritura jeroglífica, desarrollo de la medicina, las matemáticas, la astronomía, las artes plásticas y una serie de innovaciones agrícolas.

Hacia el 600 al 900 d.C. estas civilizaciones llegan a su máximo esplendor en el mundo maya. Se inician los problemas internos, la explosión demográfica, los conflictos entre nobles y militares, las revoluciones internas, y todo da pauta a un periodo de declive y grandes migraciones hacia Yucatán. Para el año 1200 d .C el colapso es inevitable y las ciudades son abandonadas.⁷

En este éxodo quedan pequeñas poblaciones indígenas que se establecen en otras regiones de Chiapas. Son estos grupos lo que sobreviven y de generación en generación reproducen una serie de prácticas en la atención a la salud en personajes como el Curandero, Hierbero, Pulsador, Ilol, Partera.

En la historia más reciente, durante los años 50's y 70's la población indígena de Chiapas sigue viviendo una de las condiciones más injustas, aún cuando en el periodo post revolucionario se lograron importantes cambios en cuanto a la tenencia de la tierra, en el caso de Chiapas esto no ocurrió, los indígenas eran peones acasillados, atrapados por el ciclo de trabajo diseñado para endeudarlos de por vida, no tienen muchas opciones y encuentran en la Selva Lacandona refugio, de esta manera se posicionan de este territorio.

Durante las décadas de los 70's y 80's se dan una serie de movilizaciones y protestas, donde participan organizaciones campesinas, cooperativas, asociaciones, logrando una fuerza importante que demanda atención a los problemas del campo y particularmente de los indígenas, entre los que sobresalen: **tierra, comercio, educación y salud.**⁸

En este contexto intervienen diversos actores sociales (Iglesia católica, ONGs, Universidades, INI⁹) en diferentes áreas, donde en el caso de la salud se introduce la práctica médica alópata, acompañada de metodologías encaminadas a transferir el conocimiento para que la misma población pudiera autoatenderse. Inicialmente se trataba de pequeños cursos sobre primeros auxilios y atención de algunas enfermedades como el paludismo, dengue, parasitosis, sobre esta base fue creciendo y desarrollándose una estructura propia de atención a la salud.

Así, cuando el EZLN se levanta en armas, el 1 de enero de 1994, ya contaba entre sus bases de apoyo con una cantidad importante de Promotores y Promotoras de Salud, quienes se hacen responsables de la atención

7 Ciesas.

8 Primer Congreso Indígena, 1974,

9 Instituto Nacional Indigenista.

asistencial de la población a partir de ese momento. En ellos y ellas descansa la responsabilidad de la atención luego de un repliegue táctico del EZLN y de mantener bajo control militar una vasta zona geográfica durante un año.

Un año después, suspendido el diálogo, el EZLN hace pública su decisión de construir su autonomía, que por la vía del diálogo se les ha negado. Con ello viene la definición territorial de municipios autónomos y la tarea de construirlos. Es este el primer intento por marcar una distancia entre la estructura político-militar y la sociedad civil -bases de apoyo del movimiento- dejando en el ejercicio de la autonomía la definición para que las diferentes regiones dieran forma a sus estructuras (representantes, áreas de trabajo, estrategias de financiamiento). En esta lógica se van definiendo algunos municipios autónomos en forma abierta, haciendo público sus trabajos y su inauguración. Por su parte, el gobierno estatal los declara ilegítimos y se lanza en contra para desmantelarlos¹⁰, objetivo que no logra ante la respuesta de la sociedad y la capacidad de reacción de la población.

Propuesta de Autonomía.

La Lucha por la autonomía de los pueblos indios de Chiapas ha estado presente durante toda su historia y con ello la resistencia a la dominación, de ahí la leyenda de los Indios Chiapa, que antes de aceptar ser esclavos optaron por el sacrificio colectivo en los acantilados del cañón del sumidero.

El proyecto de Autonomía del EZLN se compone de una serie de demandas fundamentales; Tierra, Trabajo, Salud, Educación, Alimentación, Techo, Autonomía, Justicia, Libertad, Paz. Nace desde la población mediante un proceso de consulta y acuerdos que poco a poco va definiéndose¹¹, recoge elementos de la lucha histórica de los pueblos indios, incluso la resistencia, toma forma como un proyecto de lucha armada con la conformación del EZLN el 11 de noviembre de 1983. Un año después del levantamiento armado, en 1995 sienta las bases para que el proceso de lucha autónoma se desarrolle desde la población civil.

Con el paso de los años se deja ver la apuesta del movimiento zapatista a conducir su lucha por la vía política, así constituye en 1995 espacios de trabajo político regionales, abriendo una vía de interacción con la sociedad civil en general, que define como “Aguascalientes”, luego en 2003 define estos mismos espacios como Caracoles, donde se instalan la Juntas del Buen Gobierno, constituidas por representantes de la regiones y municipios autónomos, quienes participan de forma rotatoria, por espacios cortos de tiempo.

Política de Salud.

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista es parte del proyecto de Autonomía del EZLN, donde interactúa con otras demandas. Aún cuando no existen muchos documentos que lo hagan explícito desde sus actores, en la práctica

10 En 1998 el gobernador del estado, interino de otro interino, Roberto Albores Guillén, los declara ilegítimos y envía las fuerzas públicas para su desmantelamiento deteniendo y encarcelando a un importante número de personas que luego recuperarían su libertad.

11 De hecho dentro de los resultados del primer Congreso Indígena, en 1974, aparecen las demandas de Tierra, Salud y Educación.

se puede observar un paulatino proceso de construcción, visible prácticamente en la red de servicios que se ha venido creando.

En la declaración de Moisés Gandhi¹², se sintetizan algunos elementos en torno al concepto de salud y la política de salud a seguir, donde ésta se concibe como “El bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política” y complementa; “Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres”, “Es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma”.

La salud se caracteriza como “un derecho de todas y todos”, relacionada directamente con las condiciones de vida, vivienda, alimentación, trabajo, justicia, educación, (demandas del EZLN). Se concibe también como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de las políticas, la planeación, la ejecución y evaluación.

Conforme crecen y evolucionan los municipios autónomos, van haciendo aportes importantes, tal es el caso del Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón¹³, donde define “La salud verdadera”¹⁴ como “vida digna, buena vivienda, tierra, justicia, alimentos, educación y trabajo”, ubicándola en el horizonte, como “el objetivo, aunque no sólo de los proyectos de salud sino de toda la lucha”. Como política de salud define, “De respeto, gratuita, con buen consejo, con respeto a la cultura, autónoma, con disciplina y compañerismo”.

Desde la práctica y considerando los enunciados anteriores la salud caracteriza de la siguiente manera:

- Toda la población tiene el derecho de la atención, independientemente de si pertenecen al movimiento zapatista o no, de la religión que profesen y de su participación en algún partido político.
- Se debe atender a las personas con dignidad, con respeto a su cultura y creencias, hablando su lengua.
- No se debe regañar a los pacientes, se les debe informar y hacer recomendaciones sobre su salud.
- No se debe obligar a ninguna persona a planificar o participar a fuerza en algún programa de salud. La participación debe ser voluntaria.
- La atención es gratuita, sin embargo considerando que no se tiene una fuente de ingresos permanente para subsidiar los medicamentos¹⁵, estos tienen un costo con el objetivo de renovar la reserva de medicamentos.

Algunas diferencias importantes se dejan ver con relación al Sistema Nacional de Salud:

12 Febrero de 1997, Región Autónoma, Moisés Gandhi.

13 Este municipio fue uno de los primeros en organizarse de forma autónoma y a su vez el primero en ser atacado en 1998 por el gobierno estatal, posteriormente se reorganizó.

14 “La salud verdadera” Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón, 2002.

15 Desde el 2005 el movimiento está en resistencia,

- La participación en los programas no es voluntaria, es condicionada a cambio de recibir otros apoyos económicos para educación y salud.¹⁶
- Las principales quejas de la población sobre los servicios de salud gubernamentales son: el mal trato a pacientes, la falta de materiales y medicamentos, la ausencia constante de personal médico, el excesivo tiempo de espera.
- La atención no es gratuita, se paga una cuota de recuperación. Recientemente, en el 2001, se incorporó el seguro popular, en el cual se debe pagar anualmente y que de hecho es una forma nueva de exclusión.

Estructura del SSAZ.

Se encuentra inmersa dentro de la estructura política del movimiento zapatista, que cuenta con tres niveles, de los cuales el Caracol mantiene una relación política con el Comité Clandestino Revolucionario Indígena (CCRI), instancia que durante los años de clandestinidad y de negociación era la única que representaba al movimiento zapatista. Actualmente es quién tiene bajo su mando al grupo insurgente, incluido el subcomandante Marcos.

Caracol.- existen 5 y fueron constituidos en el 2003.

- Instancia Política – Territorial, que da cobertura a varios municipios y regiones autónomas. La instancia máxima de gobierno es la Junta de Buen Gobierno (JBG) que es nombrada desde los Concejos Autónomos. En esta existe una comisión o representación de salud. Su función es apoyar y coordinar el buen funcionamiento de los municipios autónomos, buscando el desarrollo en forma equitativa.¹⁷

Municipios Autónomos

- Dentro del Concejo Municipal existe la Coordinación de Salud, compuesta por representantes de promotores de salud y representantes de comité de salud local, de las diferentes comunidades del municipio.

Representantes Comunitarios (Comités de Salud locales)

- Son la base de la estructura y se integran por los trabajadores de la salud (promotores de salud, vacunadores, promotoras de salud reproductiva) y personas de la comunidad. Debe haber uno por comunidad que participa en el programa de salud.

La estructura del SSAZ se construye desde abajo, creando pequeñas redes de salud constituidas por Casas de Salud Comunitarias, construidas por las mismas comunidades y atendidas por personal de las mismas localidades, formados como promotores de salud, vacunadores, promotoras de salud reproductiva, a estas les sigue la creación de unidades médicas de referencia, definidas como Clínicas Regionales Autónomas, apoyadas por personal médico, en algunos casos apoyados por médicos de Universidades o bien contratados, y cuya función es resolver lo posible o bien derivar a un segundo nivel, que de momento no existe en el SSAZ, de tal forma que se recurre al del Sistema Nacional de Salud, haciendo de este paso un punto de interacción con el SNS.

¹⁶ El Programa Oportunidades del gobierno federal, que atiende salud, alimentación y educación, condiciona, bajo el enunciado de “corresponsabilidad”, la entrega de apoyos económicos para educación y alimentación a las familias, a cambio de acudir a las unidades de salud, donde a su vez el personal se encarga de presionar para la participación en programas como planificación familiar, detección cáncer cervicouterino, saneamiento básico entre otros, amenazando con quitar la ayuda económica si no participan.

¹⁷ Declaración de Caracoles y Juntas del Buen Gobierno, EZLN agosto 2003. www.ezln.org

En este modelo llama la atención la Clínica Autónoma Guadalupana, ubicada en la región Altos en el Caracol de Oventic, que ha desarrollado su capacidad de atención hasta un nivel de atención intermedio entre el primer y segundo nivel, donde cuenta con cirugía básica programada, consultorio dental, de ginecología y oftalmología; laboratorio, taller de herbolaria y 8 a 10 camas de hospitalización. En su mayoría es población indígena quien atiende. Su presencia es un referente importante prácticamente para todos los espacios autónomos, teniendo un flujo importante de pacientes.

El carácter de participación de la población se deja ver desde el nombramiento de sus representantes, es en las asambleas comunitarias en donde se nombra tanto a los promotores como a los comités de salud. A su vez, en los comités locales se nombran los representantes a la Coordinación Municipal de Salud y de ahí hacia el Caracol. Corresponde a la asamblea comunitaria sancionar en caso de alguna falta, incluso suspender la función de algunos de los servidores de salud.

Las actividades que se realizan se orientan tanto a lo asistencial como a lo preventivo. En general se trata de consulta externa a pacientes, derivando algunos de estos a programas más específicos, como el caso de salud reproductiva, salud dental, control de peso y talla a menores de 5 años, control prenatal, hipertensión y diabetes.

En los últimos años se ha venido dando un proceso de acercamiento y acompañamiento con las parteras, quienes finalmente son las responsables del 90% de la atención de los partos en la gran mayoría de comunidades rurales.

En cuanto a las acciones preventivas cabe destacar el programa de vacunación que poco a poco ha venido teniendo una cobertura importante. Otra acción relevante han sido las campañas de saneamiento comunitario, orientadas al manejo de la basura, manejo del agua y construcción de letrinas. Es tarea de promotores de salud realizar actividades de promoción en los espacios comunitarios.

En este proceso no se puede dejar de mencionar la participación de la sociedad civil, representada en ONGs nacionales e internacionales, Universidades, grupos religiosos e individuos, quienes han sido importantes tanto en el acompañamiento como en el aporte metodológico.¹⁸

Estos actores externos generalmente ocupan un espacio según su colaboración, ya sea desde el nivel local, como servidor social y/o asesor en el Comité de Salud Local, también pueden aparecer como asesores en el Concejo de Salud, de la misma forma en un Caracol.

El flujo de esta forma de organización es de abajo hacia arriba y de ahí hacia abajo, siguiendo la consigna de “mandar obedeciendo”.

18 Salud y Desarrollo Comunitario A.C., propuesta para una Red de Salud Comunitaria, dcto. Interno.

En cuanto al financiamiento del SSAZ, es importante señalar que ha recibido un importante apoyo de la comunidad nacional e internacional solidaria, de individuos, grupos independientes y de gobiernos autónomos de otros países. Siempre teniendo una importante aportación a nivel local, por lo general con recursos materiales y humanos.

En cuanto al tema de los medicamentos, durante algunos años se mantuvo la consigna de regalar el medicamento, sin embargo ante la eventualidad e irregularidad de los apoyos recibidos se puso en riesgo el mismo funcionamiento de los servicios asistenciales, de tal forma que se llegó al acuerdo de cobrar el costo del mismo para de esa forma comprarlo nuevamente y mantener una reserva constante de medicamentos.

Interacción con el Sistema Nacional de Salud.

La declaración de resistencia¹⁹ podría suponer que no es posible interactuar entre el SSAZ y el SNS, sin embargo esto no es así. Existen varios ejemplos:

- La referencia de pacientes del SSAZ a un segundo nivel, se hace a hospitales del SNS.
- El biológico que se maneja para la vacunación dentro del SSAZ es proporcionado por el SNS.
- En algunas emergencias epidemiológicas se han establecido coordinaciones a través de terceras personas.

Esto puede deberse a que la declaración de resistencia tiene un propósito político, negando de facto un gobierno que no cumple un acuerdo²⁰, y de hecho real en cuanto a la aceptación de recursos económicos (financiamiento), materiales médicos, medicamentos; sin embargo, es una declaración que no supone la decisión ética que desde una Clínica se presenta ante las limitaciones de ésta y la necesidad de buscar ayuda para un paciente. De la misma forma no impone una decisión hacia el paciente. Ocurre lo mismo en cuanto a la necesidad de vacunar a la población.

Resultados.

Cualitativos.- Se trata de un modelo:

- Sensible, de la población para la población, respondiendo directamente a demandas como el mal trato, la discriminación, el autoritarismo.
- Con sentido de pertenencia e identidad.
- Participativo, permitiendo el desarrollo de capacidades y habilidades, con espacios desde el nivel local que permiten evaluar el desempeño del trabajo en salud.
- Abierto a otros actores como el caso de universidades, por ejemplo la Universidad Autónoma Metropolitana con sede en la ciudad de México, que desde 1995 ha incorporado `médic@s`, `dontolog@s` y enfermeras en servicio social al proyecto autónomo, quienes durante un año trabajan

19 Segunda declaración de la Selva Lacandona, junio 1994 www.ezln.org/documentos, donde se invita a la población a no aceptar ninguna ayuda y/o apoyos gubernamentales incluyendo salud y educación.

20 Acuerdos de San Andrés entre el EZLN y el Gobierno Federal, sobre derechos y autonomía indígena, firmados en 1995 y no cumplidos.

en alguna clínica autónoma. En este periodo han participado más de 150 prestadores de servicio social, en forma voluntaria.

Desde lo cuantitativo:

- Cobertura.- actualmente existen cerca de 200 Casas de Salud Comunitarias, 25 Clínicas Regionales Autónomas, algunas de ellas con 10 años de funcionamiento y una Clínica Central. De ahí se desprenden muchos datos en cuanto a atención de enfermos, vacunación, control de embarazadas y seguimiento a pacientes crónicos. Si consideramos que casi la totalidad de las unidades médicas se han construido donde antes no existía ninguna, podremos advertir la relevancia de que desde un esfuerzo comunitario se alcance este objetivo.
- En cuanto a problemas específicos como la Mortalidad Materna, existen datos puntuales, por ejemplo, en dos Clínicas Autónomas ubicadas en la región Selva, -donde históricamente se registran altos índices de mortalidad materna²¹- se ha logrado evitar la muerte materna en periodos de más de 7 años.²² En un sentido práctico han demostrado que la relación médico o promotor de salud con parteras es posible en la atención de partos, estableciendo una coordinación que permita unir prácticas y saberes en función de la vida de las mujeres.
- Es un modelo que ha tenido la capacidad de incidir en lo que podría considerarse como el primer nivel de atención, desde una estructura de salud organizada y dentro de un proyecto político. Visto desde esta perspectiva ha puesto en el escenario una metodología que el SNS no ha logrado, o bien no es su intención, desarrollar. Sin embargo de esta experiencia se han refuncionalizado algunos de sus componentes, particularmente lo que se refiere a la personas formadas como promotores de salud, que muchos de ellos han sido contratados por las diferentes Jurisdicciones del Instituto de Salud en Chiapas, por ejemplo, actualmente la jurisdicción IX de Ocosingo tiene contratados a más de 450 promotores de salud, formados en años anteriores desde el incipiente modelo comunitario.

Impacto.

“La fundación de los Caracoles en los antiguos Aguascalientes realiza varias contribuciones a la reestructuración del poder en forma pacífica y dentro de los marcos de la Constitución”²³. Con ello, en este espacio de poder se recrea un modelo diferente de atención a la salud, que actualmente ha ganado un espacio en términos de sistema de salud local y desde un proyecto autonómico.

En tanto se han venido desarrollando otras líneas paralelas como educación, vivienda, alimentación y agroecología, se han logrado atender algunos

21 Instituto de Salud en Chiapas, Jurisdicciones, mortalidad materna, 2005. La jurisdicciones VI Selva con sede en Palenque reportó 42 muertes maternas en el periodo 2001-2005 y la jurisdicción IX con sede en Ocosingo, reportó 36 muertes maternas en el periodo 2000-2004, ambas dan cobertura a las regiones Norte y Selva de Chiapas.

22 Salud y Desarrollo Comunitario A.C., informes de Médicos Pasantes en Servicio Social. 1995-2001

23 “Los caracoles zapatistas”, redes de resistencia y autonomía, Pablo González Casanova, www.memoria.com.mx/177/gonzalez.htm

problemas en torno a la salud. Han sido importantes en estos casos el proyecto de educación autónomo, algunos apoyos para vivienda, los apoyos alimentarios a población en fase de emergencia y los proyectos de agro ecología.

Para la Universidad Autónoma Metropolitana ha sido un espacio de trabajo y aprendizaje, que ha permitido conocer a los egresados otra forma diferente de la práctica médica, con un sentido social y comprometida con la población.

Un problema, entre otros.

No podemos dejar de ver una contradicción que en este proceso se hace visible, el modelo de atención a la salud ha marginado la práctica tradicional, a excepción de las parteras, la interacción con los demás actores -hueseros, curanderos, iloles, hierberos- ha sido poca y muy limitada; en ese sentido, aun cuando la autonomía se ha fortalecido con otras prácticas al hacerlas suyas, ha dejado de lado la práctica propia, la que históricamente ha sido elemento central en la sobrevivencia de la población, la que en términos de identidad tiene un arraigo fundamental; de hecho esto explica por qué las parteras siguen siendo un actor central en la atención, pues aún cuando existe personal médico, en muchos casos las embarazadas prefieren la atención de la partera.

No debe sorprendernos que el modelo haya caminado hacia la práctica occidental, dado que la principal demanda asistencial obedece a padecimientos en su mayoría infectocontagiosos, algunos de ellos con riesgo de complicarse y conducir a la muerte.

La paradoja está en la incapacidad de desarrollar el modelo con base en la práctica propia. La fortaleza está en la capacidad de hacerlo con un marco institucional que no tiene apertura para ello (ni la capacidad) además, en medio de un conflicto. El reto quizá está en consolidar lo que se ha logrado y encontrar los elementos de interacción que permitan fortalecer a la práctica tradicional. El resultado, un modelo de atención con dos prácticas alternativas, construidas desde la población y para la población.

Algo importante de señalar es que los y las trabajadores de la salud tradicionales siguen teniendo un reconocimiento desde los nuevos actores de la salud, donde de momento no están en conflicto.

Los tiempos están marcando el paso a una siguiente etapa, reencontrándose con los trabajadores tradicionales de la salud, quizá en un primer momento dejados de lado por la necesidad de dar una respuesta ante la emergencia y seguramente también por desconocer los alcances del modelo que hoy trabajan.